申请人/领用人就负有法律责任亲属的收入/收入来源的声明



	日期:	
	个案名称:	
		打 HRA Helpline:888-692-6116
尊敬的	知ਰ 다만했다, 여 次 :	1) Thick Helphine: 000-092-0110
本表格应由与负有法律责任亲属 (Legally Res	sponsible Relative, LRR) 同住的申请人或领用人均 医疗护理和服务费用。负有法律责任亲属是指:酉	
责任亲属配合,以证实其收入和收入来源,从 女提供财务支持,可能会遭到起诉。 未能提供	的护理提供财务资源的责任。社会服务局 (Departm 人而确定负有法律责任亲属需要支付的金额 。若负 得 共所需财务信息也可能会导致负有法律责任亲属被走 后在 10 天内将本完整表格放入随附信封中寄回。	有法律责任亲属未能为配偶或未成年子
本人(正楷姓名)		
(名字)	(姓氏)
□配偶 □家长 □其他,请注明: 拒绝将其收入和/或收入来源用于支付本人必 就本人 Medicaid 债务而向本人负有法律责任 负有法律责任亲属的姓名:	公要的医疗护理和服务费用。本人已阅读上述内容	 ,并了解自本人在此表上签名之后,
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
负有法律责任亲属的社会安全号码:		
考虑到为确认本人获得医疗援助资格的需要, of the New York City Human Resources Admi	本人特此将本人从上述负有法律责任亲属处获取则 inistration (Department of Social Services)。	材务支持的权利转让给 Commissioner
负有法律责任亲属加入的健康护理计划的名称	称(如适用)	
医疗保险的类型(例如,长期护理):		
保单号码(如适用):		
 联系电话: (
(电话区号)		
申请人/领用人签名:		日期:
Worker's Name	Title	Section
Supervisor's Name (Print)	Supervisor's Name (Sign)	

MAP-2161 (SC) 03/27/2025 Page 1 of 2

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题?此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求事情?此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务? **我们可助您一臂之力。**致电 888-692-6116 联系我们。您也可以在造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定,您有权要求此类帮助。

MAP-2161 (SC) 03/27/2025 Page 2 of 2